

## Antrag auf Erstattung / Befreiung von Zuzahlungen

Ich beantrage die Erstattung / Befreiung von Zuzahlungsbeträgen für das

Kalenderjahr

für mich und ggf. meinen nachstehend aufgeführten Ehegatten/  
Lebenspartner\* und meine Kinder. Mit Ihnen lebe/lebte ich im  
oben genannten Kalenderjahr in einem gemeinsamen Haushalt.

	Name, Vorname	Geburtsdatum	Krankenkasse
Mitglied			
Ehegatte			
Kind			
Kind			
Kind			
Kind			

\*Lebenspartner im Sinne des „Lebenspartnerschaftsgesetzes“

Familienstand  ledig  verheiratet  eingetr. Lebenspartnerschaft  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

Ist eine Person chronisch krank?  Ja  Nein

Name der chron.  
kranken Person

Mit den nachgewiesenen Zuzahlungen wird meine Belastungsgrenze überschritten.  
Ich bitte um Überweisung der überzahlten Zuzahlungen auf das unten stehende Konto.

Die geleisteten Zuzahlungen betragen im oben genannten Jahr  EUR.

**Entsprechende Belege / Quittungshefte sind beigelegt!**

Ich möchte meine Belastungsgrenze im Voraus einzahlen.

Der Betrag in Höhe meiner Belastungsgrenze kann von dem folgenden Konto abgebucht werden.

Ich möchte die Belastungsgrenze selbst an die Salus BKK überweisen.

IBAN

BIC

Name der Bank

## Erklärung zu den Familieneinnahmen

Anzugeben sind alle Bruttoeinnahmen des genannten Kalenderjahres, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann. Bei einem Befreiungsantrag im laufenden Kalenderjahr, bitte auch die voraussichtlichen Einnahmen berücksichtigen. Kein Eintrag bedeutet: Keine derartigen Einnahmen. Bei Platzmangel bitte Erläuterungen auf einem neutralen Zusatzbogen oder weitere Vordrucke anfordern.

Zu meinen/unseren Bruttoeinnahmen gehören (Belege sind beigelegt)	Die Einnahmen (bitte Jahresbeträge angeben) werden bezogen vom/von:				
	Mitglied	Ehegatte	Kind	Kind	Kind
<b>Arbeitsentgelt / Arbeitseinkommen</b>					
Lohn/Gehalt (inkl. Sonderzahlung)					
Selbstständige Tätigkeit					
Geringfügige Beschäftigung					
<b>Renten / Pensionen / u. a.</b>					
Aus der gesetzlichen Rentenversicherung z. B. Erwerbsminderung / Altersrente					
Aus der gesetzlichen Unfallversicherung					
Aus der privaten Lebensversicherung					
Pension / Versorgungsbezüge					
<b>Entgeltersatzleistungen</b>					
Krankengeld					
Arbeitslosengeld I oder II					
Hilfe zum Lebensunterhalt (Sozialhilfe bzw. Grundsicherungsleistung)					
<b>Erträge</b>					
Pacht- und/oder Mieteinnahmen					
Zinsen aus Kapitalvermögen					
<b>Sonstiges</b>					
Unterhalt, Unterhaltsleistungen					
Einmalige Einnahmen					
Kindergeld					
Sonstiges					

Nur zu beantworten, falls sich der Antrag auf eine Befreiung im laufenden Kalenderjahr bezieht.

- Ich erwarte für das Kalenderjahr keine Einkommensänderung  
 Ich erwarte für das genannte Kalenderjahr folgende Einkommensänderungen

Ich erkläre, dass die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, und ich die Krankenkasse bei Veränderungen zu diesen Angaben sofort unterrichten werde. Zu Unrecht übernommene Leistungen müssen zurückgezahlt werden. Kein Eintrag zu den Einnahmen bedeutet: Keine derartigen Einnahmen.

X

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten

Telefonisch erreichbar tagsüber (freiwillige Angabe)

**Datenschutzhinweis:** Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung nach § 60 Sozialgesetzbuch (SGB) Teil I in Verbindung mit § 99 SGB Teil X erforderlich. Die Daten sind für die Feststellung der teilweisen Befreiung von Zahlungen erforderlich (§ 62 SGB V). Ausführliche Hinweise und Informationen zum Datenschutz bei der Salus BKK finden Sie unter: [www.salus-bkk.de/datenschutz](http://www.salus-bkk.de/datenschutz)